

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien GIROD

Né à Nantes le 2 décembre 1897
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

LA

STÉNOSE PYLORIQUE

PAR

CALCULS BILIAIRES

Président : M. LABBÉ, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTEAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEJSSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERCENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENFAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

. — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-	RATHERY..... Clinique médicale.
tile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.
LÉPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
		l'adulte pour les accidentés du travail, les
FREY.....		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
N.....		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MIRALLIÉ

Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes

Professeur de Pathologie interne

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré l'idée de
cette thèse et nous a aidé de ses
précieux conseils dans sa rédaction.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs GOURDET, Amédée MONNIER,
Gilbert SOURDILLE, Henri LERAT, Emile BU-
REAU, GAUDIN, GROSSE.

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'interne.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA STÉNOSE PYLORIQUE

PAR CALCULS BILIAIRES

INTRODUCTION

Alors que nous étions interne dans le service de M. le Dr Mirallié, à l'Hospice Général de Nantes, pendant l'hiver 1922-1923, nous eûmes l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une femme âgée de 57 ans, qui, entrée à l'hospice pour des accès de mal comitial, présenta, quelque temps après son hospitalisation, des phénomènes dyspeptiques assez vagues; ceux-ci, s'accroissant rapidement, firent bientôt place à des symptômes d'intolérance gastrique à peu près absolue. On porta le diagnostic de sténose pylorique, mais cette évolution rapide en rendait l'étiologie particulièrement obscure.

L'observation détaillée de cette malade est rapportée plus loin. Nous nous bornerons donc pour le moment à relater que la malade mourut brusquement et qu'à l'autopsie, nous trouvâmes le pylore complètement obstrué par un calcul biliaire du volume d'une noisette. La pièce fut détachée par nos soins et est actuellement conservée dans la collection du

laboratoire d'anatomie pathologique de l'Ecole de Médecine de Nantes. M. le D^r Mirallié s'intéressa à ce cas et en présenta l'observation à la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Il nous engagea en outre à faire une étude plus approfondie de la question. C'est ainsi qu'aidé de ses conseils, grâce aux notes qu'il voulut bien nous communiquer, ce dont nous tenons à lui exprimer ici nos vifs remerciements, nous avons pu faire de cette question notre sujet de thèse.

Depuis, M. le D^r Gaudin, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, à qui nous avons fait part de notre intention de traiter ce sujet, eut l'extrême complaisance de mettre à notre disposition l'observation d'un malade, opéré par lui pour la même cause. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

Notre excellent camarade, le D^r Marcel Delaunay, interne des Hôpitaux de Nantes en même temps que nous, eut l'amabilité de dessiner la pièce anatomique dont nous avons parlé et voulut bien nous permettre de reproduire son œuvre dans ce modeste travail. Qu'il croie lui aussi à notre gratitude sincère.

Nous avons volontairement laissé de côté les nombreuses causes de sténose pylorique, autre que celle particulièrement rare de l'obstruction du pylore par un ou plusieurs calculs biliaires. A peine en dirons-nous quelques mots à propos du diagnostic différentiel.

HISTORIQUE

Il existe relativement peu d'observations vraiment nettes, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue de vérification opératoire ou à l'autopsie, d'obstruction pylorique par calculs biliaires. Le cas le plus ancien, qui se rapproche de la question, semble être celui qui fut observé par C. Piron en 1826 et a été cité par Fauconneau Dufresne dans son ouvrage sur « La maladie calculieuse du foie ». Il s'agissait, nous dit-il, d'une femme de trente-six ans qui digérait mal, vomissait fréquemment et maigrissait rapidement. Le diagnostic de cancer du pylore avait été porté, jusqu'au jour où elle vomit un calcul du volume d'une grosse noisette, puis quelque temps après, un autre. L'évolution ultérieure de la maladie est inconnue.

En 1828, Bonnet présente une observation très nette d'occlusion pylorique que l'autopsie montra due à la présence d'un calcul biliaire « ayant un pouce, trois lignes de hauteur et un pouce deux lignes de largeur ». Nous rapporterons plus loin l'observation complète de ce cas bien probant.

Fauconneau-Dufresne, en 1851, rapporte une observation de Porral, d'après laquelle « le malade

est mort avec les signes d'un cancer du pylore. A l'autopsie, on trouve une dilatation considérable de l'estomac ; le pylore a ses parois très épaissies. Il y a communication entre la vésicule biliaire et le duodénum. La vésicule est bourrée de calculs qui compriment le pylore et ont pu déterminer les vomissements. » Il n'y a donc pas là occlusion du pylore par un calcul. La sténose est plutôt d'origine extérieure : compression et non obstruction.

Pendant une longue période, la mention des sténoses pyloriques semble totalement négligée. C'est ainsi que Cruveilhier lui-même, dans son étude de la lithiase et des fistules biliaires, les laisse de côté.

En 1861, Miles publie dans *The Lancet* un cas d'accidents gastriques suivis de vomissements de calculs.

En 1886, White relate une autopsie, pratiquée par lui, d'une malade ayant présenté des symptômes de sténose pylorique. Il y avait une communication directe du fond de la vésicule avec l'anneau pylorique. Ce dernier était obstrué par un calcul biliaire gros comme le bout du petit doigt.

Plus récemment, en Allemagne et en France, plusieurs cas d'obstruction calculeuse du pylore ont été cités, certains par des chirurgiens, à la suite d'opérations pratiquées pour sténose de l'estomac, d'origine indéterminée. En France, c'est Galliard en 1895, Hayem en octobre 1895 dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, Bouveret en 1896,

Alex dans sa thèse de Lyon en 1896, Monprofit d'Angers et son interne Maugourd (Thèse de Paris, 1897), Legueu en 1897, Tuffier et son interne Marchais en janvier 1898 (Thèse de Paris), Muller, interne du Dr Le Bec, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, en 1902. Depuis, plusieurs thèses ont paru, se rapportant de plus ou moins près à ce sujet : celle de Le Roy à Paris en juillet 1902, celle de Dufour à Paris également en février 1903 et beaucoup plus récemment celle de Dupont à Bordeaux en 1920. Enfin, tout dernièrement, le 22 février 1923, A. Suter, de Zurich, dans le *Journal de Chirurgie*, a fait paraître un article concernant le « Traitement radical des perforations aiguës de l'estomac, spécialement du carcinome, avec coexistence de lithiase vésiculaire ».

PATHOGÉNIE

Des calculs biliaires peuvent parvenir dans l'estomac et dans l'anneau pylorique ; certains de ces calculs sont d'un volume considérable, atteignant les dimensions d'une noix. Une question se pose alors : quelle est la voie empruntée ? Par où, ces calculs, élaborés dans la vésicule, gagnent-ils la cavité gastrique ou sa portion terminale, le pylore ? Première hypothèse : les calculs ayant suivi leur voie normale c'est-à-dire le canal cholédoque, arrivent dans le duodénum. Mais, à part la possibilité de dilatation du cholédoque qui, d'après certains auteurs, Traffelman, Frerichs, Fauconneau Dufresne, pourrait atteindre la grosseur de la première portion de l'intestin, fait évidemment très rare, il y a disproportion entre la grosseur du calcul nécessaire à l'obstruction du pylore et la lumière *normale* du cholédoque, égale à celle d'une plume d'oie. De plus, admettons le cholédoque franchi ; voici le calcul dans le duodénum ; pourquoi, dès lors, au lieu de s'engager dans l'intestin et de là s'éliminer avec les fèces, prendra-t-il au contraire une voie ascendante pour remonter jusqu'au pylore ? Un médecin de Varsovie, Grunzach, soutient cette théorie et pour l'appuyer,

il invoque la fréquence des vomissements bilieux, ou encore il parle de « circonstances indéterminées ». Mais les vomissements sont constitués par de la bile liquide et s'il peut s'y mêler des concrétions, elles seront de dimensions réduites et totalement insuffisantes pour obstruer le pylore. Celui-ci opposera au contraire une barrière infranchissable aux volumineux cholélithes qui pourraient l'obstruer s'ils pouvaient pénétrer dans sa lumière. — Deuxième hypothèse : c'est la théorie de Morgagni qui admettait que les calculs biliaires pouvaient se former dans l'estomac au dépens de la bile qui y séjourne. C'est là une conception à laquelle personne ne songe plus aujourd'hui. — Troisième hypothèse, enfin : c'est celle à laquelle se rallient les auteurs français qui se sont occupés de la question, conception d'ailleurs que les opérations pratiquées ou les trouvailles d'autopsie ont le plus souvent justifiée. Les calculs biliaires assez volumineux pour obstruer le pylore pénètrent dans la cavité gastrique ou dans l'anneau pylorique grâce à l'existence d'une fistule cholécysto-gastrique. Ces fistules, nous dit Cruveilhier, sont très rares et il attribue cette rareté à la faible étendue des rapports de l'estomac et de la vésicule. Il y a cependant une cause qui peut augmenter ces rapports : c'est la compression exercée par le port d'un corset. Si l'on ajoute à ce fait la notion de la plus grande fréquence de la lithiasie biliaire dans le sexe féminin (M. Marcel Labbé l'estime à 64 o/o), on conçoit aisément pourquoi la plupart des cas d'obstruction du pylore

par calcul biliaire ont été observés chez des femmes.

D'après Cruveilhier toujours, c'est au niveau du pylore que s'ouvrent d'ordinaire ces fistules. Envisageons maintenant les conditions pathologiques auxquelles est due leur formation. C'est presque toujours la vésicule biliaire qui est la première en cause. Il y a le plus souvent de son côté, à l'origine de la maladie, lésion inflammatoire sous une influence quelconque, que ce soit des accidents dus à la lithiasé, cholécystite calculeuse, hydropisie ou empyème de la vésicule, qu'il y ait infection secondaire de tout le système biliaire, l'angiocholite compliquant la cholécystite (Disons, toutefois, dès maintenant, que ces troubles pathologiques du début peuvent fort bien passer inaperçus et qu'à la période d'état de la maladie, les antécédents du malade n'attirent en rien l'attention du côté du foie. Nous en reparlerons plus loin). La vésicule biliaire est d'abord lésée dans sa structure profonde, nous voulons dire du côté de sa muqueuse, irritée par la présence de corps étrangers qui l'ulcèrent peu à peu, puis de la musculéuse sous jacente. C'est alors qu'apparaissent des réactions inflammatoires de voisinage, productrices d'adhérences qui détruisent les rapports normaux de l'organe. Une gangue de tissu fibreux l'entoure de toute part et la soude en quelque sorte aux organes environnants (Insistons encore ici sur l'influence manifeste du corset qui facilite considérablement la formation d'adhérences entre la vésicule et l'estomac, en rendant leurs rapports plus

étroits). A l'ouverture de l'abdomen, que ce soit intervention chirurgicale ou autopsie, on trouve une grosse masse généralement très dure, qu'il est très difficile de dissocier sans léser les organes divers qui y sont englobés. Cependant le processus ulcérant produit par le corps étranger contenu dans la vésicule se poursuit et de proche en proche, finit par perforer complètement sa paroi. Continuant son travail de destruction, il va maintenant se créer un chemin dans cette masse de tissu fibreux. Et des fistules diverses peuvent se produire, unissant la vésicule au duodenum, (ce sont les plus fréquentes, ainsi qu'il résulte des statistiques des auteurs allemands, Roth, Schrœder et Schloth) à l'intestin grêle, enfin à l'estomac beaucoup plus rarement, que ce soit au niveau de l'anneau pylorique, cas le plus habituel, ou à quelque autre point de la poche gastrique, généralement sur la petite courbure.

Si la vésicule est le plus souvent la première en cause, ce n'est pas cependant une règle absolue. Il convient, par exemple, d'envisager la possibilité d'un ulcère primitif de l'estomac perforant la paroi gastrique et érodant le réservoir cystique. Ce processus est évidemment rare, mais il en existe au moins un cas, constaté par Ogle et rapporté par Galliard dans le *traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert.

Le calcul peut d'emblée occuper le pylore si la fistule y aboutit ; il peut au contraire être libre dans l'estomac. Dans ce dernier cas, quels accidents

va-t-il provoquer ? L'évolution peut être tout à fait variable. Si la grosseur du cholélithe est telle qu'il ne peut s'engager dans le pylore, deux cas peuvent se présenter. Ou bien, le calcul restera dans l'estomac, sans déterminer aucun trouble et sa présence dans la cavité gastrique ne sera qu'une trouvaille d'autopsie. C'est là évidemment une alternative qui paraît devoir être exceptionnelle ; la muqueuse gastrique tolérera difficilement, sans réagir, la présence d'un corps étranger volumineux. Galliard cite cependant deux cas où l'autopsie révéla la présence, dans l'estomac, de grosses concrétions biliaires, qui n'avaient déterminé aucun trouble pathologique pendant la vie. Seconde solution, plus plausible et plus fréquente : la muqueuse gastrique réagissant, les calculs seront rejetés par vomissement.

Il existe de ce phénomène plusieurs observations : Galliard rapporte celle d'un médecin anglais, Miles ; il s'agissait d'une femme de 56 ans qui malade depuis longtemps, rendit par vomissement deux calculs à quinze jours d'intervalle et fut guérie. Hayem cite le cas d'une femme qui, traitée pour sténose pylorique attribuée à une cause extrinsèque (compression, coudure...) vomit un gros calcul biliaire à l'occasion d'un lavage d'estomac et en rendit à la suite, dans l'espace d'un an, trente-huit. Un cas identique est rapporté par Grunzach, de Varsovie, dans lequel un lavage d'estomac provoqua le vomissement de quatre calculs.

Si, au contraire, les dimensions du calcul lui

permettent l'accès du pylore, ou bien celui-ci sera totalement franchi et le calcul s'engagera dans l'intestin d'où il sera expulsé avec les fèces, ou bien il y aura obstruction et le calcul enclavé dans le conduit pylorique en interdira l'accès à tout aliment solide ou même liquide. C'est le cas qui nous intéresse. La sténose pourra être complète dès le début. Si, au contraire, elle n'est qu'incomplète les premiers temps, les liquides par exemple pouvant encore passer dans le duodénum, bientôt interviendra un nouvel élément qui rendra la sténose aussi serrée que dans le premier cas. Cet élément, extrêmement important, est le spasme pylorique. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question le connaissent et l'admettent. Citons en particulier l'opinion de Doyen au début de son ouvrage sur le traitement chirurgical des maladies de l'estomac : « Le spasme pylorique domine presque toute la pathologie de l'estomac. Le pylore est l'ennemi. Sa susceptibilité inopportune est la cause des malaises gastriques les plus divers et de la persistance des lésions anatomiques qui les accompagnent ». Le Dr Soupault, médecin des Hôpitaux de Paris et le Dr Salignat, de Vichy, vont même plus loin. Pour eux, la lithiase biliaire peut créer, en dehors des syndromes vésiculaires proprement dits (colique hépatique, cholécystite simple ou suppurée) des troubles extra-hépatiques se manifestant surtout du côté du tube digestif et en particulier l'estomac. Il existe un *spasme réflexe* de la région pylorique et d'une partie

du duodenum ayant son point de départ dans l'irritation des conduits biliaires et de la vésicule et, à leur avis, ce spasme est plus important, dans le cas d'obstruction pylorique que l'obstacle mécanique que représente le calcul. Ils basent leur opinion sur ce fait que les troubles dyspeptiques évoluent généralement, au début, par périodes et qu'ils sont interrompus par des moments de calme complet. C'est la preuve, à leurs yeux, qu'au moins à cette époque, le spasme réflexe avait la plus grande part dans l'évolution des troubles dyspeptiques constatés. Cette opinion mérite d'être prise en considération. Toutefois, elle nous semble être un peu trop absolue et il est indéniable que la présence du calcul dans la lumière du pylore joue dans le syndrome obstruction, un rôle aussi important que le spasme, qui est du reste en partie causé par la présence même du corps étranger et ne peut être entièrement provoqué par l'irritation de l'appareil biliaire.

A côté de cet élément spasmodique, il en est enfin un autre qui contribue aussi pour une large part au rétrécissement du calibre du pylore : ce sont les adhérences fibreuses et résistantes que la vésicule a contractées avec l'estomac et dans l'épaisseur même de la paroi du pylore, la prolifération d'un tissu de néoformation due à l'inflammation de la muqueuse, causée par le corps étranger.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

A part un cas unique rapporté par Bonnet, dans lequel l'occlusion débuta tout à coup, sans prodromes, dans un état de santé bon en apparence, pour emporter le malade en quelques jours, la sténose pylorique due à l'obstruction par calcul biliaire ne parvient à la période d'état que fort lentement après une longue période de début caractérisée par des troubles pathologiques divers. Le plus souvent, mais ce n'est pas une règle absolue (la malade dont nous avons pratiqué l'autopsie affirmait n'avoir jamais souffert antérieurement à son entrée à l'hôpital) les malades atteints de cette affection ont un passé hépatique. Bien avant l'apparition des troubles gastriques, le foie et les voies biliaires ont fait souffrir le malade et souvent provoqué l'intervention du médecin. L'accident le plus fréquent est constitué par une ou plusieurs crises de coliques hépatiques, comme dans les cas de Grunzach, de Hayem, de Maugourd, avec les symptômes habituels; douleur très vive dans l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épaule et le bras du même côté, parfois fièvre légère et vomissements plus ou moins abondants. Un ictère prononcé ou léger a pu accompagner ces

crises mais c'est un symptôme tout à fait inconstant. Ce n'est qu'assez longtemps après le début de la maladie que des troubles gastriques apparaissent sous forme de digestions d'abord difficiles, puis pénibles, douloureuses, avec des renvois acides et des tiraillements, une sensation de plénitude de la région épigastrique, à la moindre absorption d'aliments.

Le processus pathologique continue son évolution, le tableau clinique s'aggrave peu à peu et c'est alors seulement, parfois au bout de plusieurs années que la sténose se manifeste par ses premiers signes classiques dont l'ensemble va constituer la période d'état.

A ce moment, parmi les *symptômes fonctionnels*, la douleur est un signe important. Elle est variable tant au point de vue de son intensité que de son siège ; elle peut être assez fruste et n'apparaître que par accès ; parfois, au contraire, continue, avec des exacerbations à la moindre cause, elle rend la vie du malade intenable. Le siège de cette douleur n'est pas net. Le malade se plaint de « crampes » qui semblent lui tordre l'estomac et rendent toute la région épigastrique douloureuse. Cette sensation particulière est due aux violentes contractions de la poche gastrique luttant contre l'obstacle pylorique (ces contractions existent toujours lorsque la sténose est constituée depuis peu de temps ; plus tard, lorsque l'estomac aura perdu sa tonicité, par suite de l'affaiblissement de l'organisme, elles pourront disparaître).

Second signe important et qui ne manque jamais ; les vomissements. Ils se produisent soit aussitôt après l'absorption des aliments, soit quelques heures après. Ils sont acides, provoquent une sensation de brûlure de l'œsophage et agacent les dents au passage. Caractère très important qui est un élément utile pour le diagnostic, ils exagèrent la douleur, au contraire des vomissements de l'hyperchlorhydrie simple ou de l'ulcère de l'estomac, qui la calment. Les matières vomies se composent des aliments ingérés, en totalité ou en partie, selon le degré de la sténose. Ils sont le plus souvent fortement teintés de bile. Et là se place un signe extrêmement important, sur lequel insiste Galliard : lorsque les vomissements, jusqu'alors bilieux, deviennent seulement alimentaires, la teinte jaune verdâtre de la bile disparaissant, c'est que l'occlusion du pylore est devenue brusquement complète.

Certains auteurs (Schüle, Galliard, Tuffier) ont cité encore un symptôme, inconstant d'ailleurs, mais dont l'existence constitue à leurs yeux un bon signe de l'établissement brusque de la fistule biliaire, par effraction du calcul au travers de la muqueuse gastrique : c'est l'apparition d'une hématomèse abondante de sang rouge qui pourra d'ailleurs se répéter et si la sténose n'est pas absolument complète, s'accompagner les jours suivants de *melæna*. Des hématomèses peuvent encore survenir plus tard, alors que les symptômes de sténose existent depuis un temps notable. Elles sont dues à l'ulcération progressive de

la muqueuse gastrique par le corps étranger suivant un processus qui se rapproche assez des hématomés dues à l'ulcus de l'estomac.

Ajoutons enfin comme dernier signe fonctionnel la constipation habituellement opiniâtre du malade, en fonction de la faible quantité d'aliments passant dans l'intestin.

L'exploration clinique permet de noter quelques *signes physiques* utiles à l'établissement du diagnostic.

On constate d'abord généralement l'existence d'une dilatation souvent considérable de l'estomac. Il convient toutefois de faire remarquer que cette dilatation ne se constituera que peu à peu, l'estomac luttant contre l'obstacle pylorique, par conséquent lorsque la sténose existera depuis un certain temps. C'est ce qui explique que dans notre observation personnelle, l'estomac était d'un volume normal, car l'obstruction ne remontait qu'à très peu de temps, quand l'examen radioscopique fut pratiqué, quelques jours avant la mort de notre malade. Aucun des symptômes que nous allons énumérer n'était donc perceptible chez elle. Mais quand la sténose pylorique existe depuis plusieurs mois, à l'inspection, la paroi amaigrie et flasque, chez un sujet en état de dénutrition marquée, permet de voir, au niveau de l'ombilic, une voussure bien nette, qui s'étend vers la moitié droite de l'abdomen. On peut constater également, à gauche, la saillie faite par la grande courbure qui décrit un arc de cercle descendant bien

au-dessous de l'ombilic. Des mouvements de la paroi abdominale traduisent parfois les ondulations péristaltiques de l'estomac.

La *palpation* pratiquée chez le malade à jeun dénote le phénomène de clapotage que la main perçoit et que l'on peut également entendre, l'impression produite étant celle que l'on a en agitant une bouteille à moitié remplie d'eau. La succussion hippocratique produit la même sensation, mais ce procédé d'examen brutal n'est pas à conseiller, chez un sujet affaibli.

La *percussion* de l'estomac montre que sa limite inférieure descend beaucoup plus bas que normalement, parfois jusqu'à quelques centimètres seulement du pubis. Cette percussion donnera les renseignements les plus nets si l'on a soin de la pratiquer après avoir évacué le contenu de l'estomac par la sonde et avoir ensuite insufflé de l'air dans la cavité gastrique.

Il est en effet très utile de pratiquer le *cathétérisme de l'estomac* à jeun. Il permet l'examen du liquide de stase, qui, d'après Bouveret, contient toujours de l'acide chlorhydrique libre. Mais nous verrons plus loin que ce symptôme peut faire défaut et que son absence peut être une cause d'erreur sérieuse. Il convient donc de n'y attacher qu'une valeur restreinte. Si, comme le cas s'est parfois produit, ce cathétérisme provoque également l'évacuation de petites concrétions biliaires, ou même de calculs assez volumineux, on conçoit l'importance

que présentera ce fait pour poser le diagnostic.

Nous arrivons à un procédé d'examen particulièrement précieux, la *radioscopie*. L'absorption d'une potion de baryte, environ douze heures avant l'examen, nous permettra de constater que l'évacuation en est considérablement retardée. La majeure partie est restée dans l'estomac dont elle emplit le bas fond qui est très abaissé et donne à l'écran une image élargie transversalement, étalée en forme de croissant à forme de convexité nette, mais dont la limite supérieure est rendue un peu floue par la présence du liquide résiduel. Le plus souvent, l'estomac est complètement atone et semble inerte. Parfois, au contraire, surtout si la sténose n'existe que depuis peu de temps, les rayons X nous font voir les contractions énergiques de l'organe, les ondulations péristaltiques qui, partant de la grande courbure viennent se briser contre l'obstacle pylorique. Un phénomène curieux est parfois visible : c'est la production d'ondes de sens contraire, partant du pylore et se dirigeant vers la gauche, contrariant ainsi les contractions normales, si bien que la limite inférieure de l'estomac semble onduler dans les deux sens à la fois. Si la sténose est complète, il ne passe absolument rien dans le duodénum. Dans le cas contraire, il peut y avoir quelques éjaculations, mais très faibles et intermittentes. Il n'est pas difficile, devant ce tableau, de poser le diagnostic de sténose du pylore. La radioscopie ne peut-elle pas faire davantage ? Peut-on lui demander de préciser la

véritable cause de l'affection, en un mot de déceler la présence du ou des calculs obstruant le pylore ? Voici à ce sujet l'opinion de MM. Cottenot et Bécclère, dans *le Traité de pathologie médicale* publié sous la direction du professeur Sergent : « Depuis les observations initiales de Beck en Amérique et plus tard de Mauclaire et Infroit en France, les constatations radiologiques de calculs biliaires étaient considérées comme des faits exceptionnels jusqu'à ces toutes dernières années. Les calculs de cholestérine sont en effet extrêmement transparents aux rayons X et ne donnent une ombre appréciable que s'ils contiennent une assez forte proportion de sels calcaires, ce qui est rare. Si à cela, on ajoute la difficulté tenant à l'épaisseur de la région examinée (il s'agit ici de la vésicule ; à plus forte raison sera-ce exact pour le pylore, situé plus profondément et généralement englobé, dans le cas qui nous occupe, dans un magma d'adhérences fibreuses et de tissu réactionnel), on comprend que la recherche des calculs biliaires donne assez rarement un résultat positif.

« Cependant, Case a pu, sur mille malades examinés, déceler quarante fois la présence de calculs biliaires. La proportion est faible, on le voit, mais suffisante pour que cette recherche tende à être entreprise maintenant d'une façon assez courante. Mais il faut bien savoir que seuls les examens positifs ont de la valeur.

« L'image typique des calculs biliaires est formée

de petites ombres à contours polygonaux et à centre plus clair que la périphérie, à cause de la coque calcaire qui les entoure, mais l'image est loin d'être toujours aussi schématique ; ce peut être une ombre arrondie plus ou moins régulière ; tantôt le calcul est solitaire et plus ou moins volumineux, tantôt de petits calculs sont réunis en forme de grappe. »

Il nous a paru intéressant de rapporter *in extenso* l'opinion de spécialistes autorisés, encore qu'il s'agisse de la recherche des calculs biliaires dans la vésicule. On voit que le résultat positif est rare. Pour exceptionnel qu'il puisse être quand il s'agit du pylore, c'est un élément du diagnostic que nous n'avons pas voulu passer sous silence.

D'après l'énoncé des symptômes ci-dessus, il semble donc facile de diagnostiquer l'existence d'une sténose du pylore, incomplète ou absolue. Les vomissements et la douleur, le phénomène de clapotage gastrique constaté chez le malade à jeun, l'abaissement de la limite inférieure de l'estomac, les contractions péristaltiques visibles à travers la paroi abdominale, tous ces symptômes, auxquels la radioscopie vient apporter un élément de vérification particulièrement sûr, constituent un syndrome qui permet un diagnostic positif assez aisé.

Tel n'est pas le cas du diagnostic étiologique. D'après Galliard, en effet, le diagnostic de l'obstruction calculeuse du pylore n'a pas encore été fait au lit du malade.

Devant un cas de sténose pylorique, la première

idée qui viendra à l'esprit du médecin sera celle-ci : est-ce un cancer ? et tous ses efforts tendront à poser le diagnostic entre la sténose d'origine cancéreuse et la sténose d'origine indéterminée mais non cancéreuse (et parmi celles-ci, la plus fréquente est celle qui est due à la présence d'un ulcère gastrique).

On admet généralement l'opinion suivante :

En cas de sténose non cancéreuse, l'estomac contient un liquide résiduel hyperchlorhydrique. L'odeur de ce liquide est aigre mais non fétide.

En cas de sténose cancéreuse, l'acide chlorhydrique manque. On trouve un liquide résiduel hypopeptique ou apeptique, d'odeur souvent repoussante. De plus, en cas de cancer l'aspect du malade est spécial : il est cachectique et la coloration de ses téguments en une teinte « jaune paille » est caractéristique.

Toutefois, cette distinction n'est pas absolue et bien des exceptions doivent être admises. Dans le cas qui nous occupe, en particulier, Riegel et après lui Tuffier ont fort justement fait remarquer qu'en raison de l'existence d'une fistule cholécystogastrique, il peut y avoir dans l'estomac une quantité de bile notable. Or, la bile, alcaline, neutralise l'acide chlorhydrique et l'aspect émacié du malade, joint à la perception possible au palper d'une masse dure au niveau du pylore pourra faire porter le diagnostic de cancer et peut-être déconseiller une inter-

vention chirurgicale qui seule pourrait sauver le malade.

Des troubles gastriques existant depuis longtemps, des vomissements, des hématemèses feront penser à un ulcère de l'estomac.

Cancer et ulcère, telles sont donc les deux affections qui feront errer le diagnostic et ce n'est que pour mémoire que nous citerons les autres causes de sténose auxquelles on pourra rarement penser : ulcérations tuberculeuses ou par absorption de liquide corrosif (ici d'ailleurs les commémoratifs mettront sur la voie), hypertrophie du pylore et linitis-plastique, polyadénomes polypeux, compression par rein mobile, néoplasme, kyste ou abcès du foie, vésicule biliaire calculieuse ou cancéreuse, étranglement par des adhérences consécutives à une péritonite tuberculeuse, etc...

L'existence d'une tumeur perceptible à la palpation sera un élément en faveur de la possibilité du diagnostic, si l'on a pu éliminer l'idée de cancer. Les anamnestiques de lithiase biliaire sont encore plus importants, mais ils sont souvent peu nets. Si le malade n'a éprouvé que des douleurs dans la région épigastrique et l'hypochondre droit, il faudra, comme le disent Hayem et Bouveret : « préciser le siège, les irradiations de ces douleurs, rechercher les phénomènes concomitants et peut-être alors pourra-t-on se convaincre que c'était là des coliques hépatiques frustes ».

Quant à savoir si la sténose est due soit à un cal-

cul obstruant le pylore, soit à des adhérences qui le compriment, cela paraît impossible lorsque le malade n'a pas rendu de calculs biliaires, car nous avons dit plus haut le peu d'espoir que l'on peut avoir de déceler la présence d'un calcul dans le pylore, par la radioscopie.

En résumé, le meilleur moyen de diagnostic sera la laparatomie exploratrice qui, dans la majorité des cas, pourra seule trancher le débat.

Et ceci nous amène à parler du traitement.

TRAITEMENT

Au début de l'affection, lorsqu'il n'y aura que des douleurs gastriques et des vomissements, on sera autorisé à prescrire un traitement purement symptomatique. On calmera la douleur avec des opiacés, soit en potion, soit même en employant la morphine en injections sous-cutanées. Contre les vomissements, on emploiera la glace, des boissons gazeuses, des potions à l'eau chloroformée, à la cocaïne, la potion de Rivière. Mais devant la persistance et l'aggravation des symptômes, il faudra bientôt avoir recours à une thérapeutique plus énergique. En premier lieu, on aura tout intérêt à employer le traitement médical. Celui-ci se résume à peu près dans le lavage d'estomac. Il a pu dans certains cas, comme nous l'avons relaté plus haut, obtenir un plein succès. Après avoir évacué de cette façon plusieurs calculs, Grunzack et Hayem virent leurs malades guérir définitivement. Mais ce n'est là que deux cas heureux et si les lavages ne donnent pas rapidement de résultats appréciables, c'est au chirurgien qu'il faudra s'adresser, car plus vite l'intervention sera pratiquée, plus le malade aura de chances de pouvoir la supporter et de guérir.

L'incision de choix sera la laparatomie médiane. Deux cas pourront se présenter. Si l'on est intervenu rapidement, dès les premiers signes de sténose, l'opération pourra être très simple. Le pylore facilement accessible sera attiré et le chirurgien pourra sentir en le prenant entre les doigts une masse dure constituée par le calcul qui sera parfois légèrement mobile. Le reste de l'estomac paraissant indemne, la technique opératoire la plus simple sera d'inciser le pylore sur une longueur d'environ deux à trois centimètres. Il sera généralement facile de retirer le ou les calculs inclus, avec une pince. On pourrait alors se contenter d'augmenter le calibre du pylore, selon le procédé de Heinecke-Mikulicz qui consiste à suturer transversalement l'incision longitudinale. Théoriquement ce procédé est parfait, mais il faut craindre la réaction inflammatoire qui pourra suivre l'opération et qui aura pour conséquence de produire des adhérences de la muqueuse pylorique d'un côté à l'autre, faisant ainsi succéder une sténose cicatricielle à la sténose mécanique que produisait le calcul.

Ajoutons d'ailleurs que cette opération pyloroplastique est rarement praticable, car il est nécessaire, pour qu'elle soit réalisable, que la zone perforée soit absolument libre de toute adhérence aux organes environnants et c'est là, même au début de l'affection, une condition bien rarement remplie.

Pratiquement donc, il sera préférable de créer une nouvelle bouche gastro-intestinale en faisant une gastro-entérostomie.

Lorsque le pylore sera épaissi, entouré d'adhérences, englobé dans une masse dure de tissu fibreux d'où il sera très difficile de l'isoler, c'est encore la gastro-entérostomie qui sera le procédé de choix. Il est généralement imprudent d'aller explorer le pylore par la voie interne et d'essayer d'extraire le calcul solidement fixé dans la lumière pylorique. On risquerait alors de produire des lésions artérielles de la muqueuse, comme cela se produisit chez un malade de Bouveret qui mourut quelques heures après l'opération, d'hémorragie secondaire. On pourra par contre porter la question de la pylorectomie, comme dans le cas de cancer du pylore, lorsque le néoplasme n'est pas trop étendu. Dans le *Journal de Chirurgie* de février 1923, A. Suter, de Zurich, préconise cette intervention, mais surtout lorsqu'il y a coexistence de carcinome et de lithiasé vésiculaire. Quand il n'y a pas de cancer, la question est toute autre. Les solides adhérences unissant le pylore aux organes voisins rendent en effet ce temps de l'opération particulièrement difficile, long et périlleux. Nous croyons donc qu'il y aura intérêt à s'abstenir et à pratiquer seulement la gastro-entérostomie, généralement suffisante au rétablissement du cours normal des aliments. Il y a plusieurs méthodes qui ont toutes leurs partisans. L'anastomose terminoterminal, selon le procédé de Billroth, ne peut se faire que lorsqu'on pratique la pylorectomie. Le procédé en y grec de Woelfer-Roux, employé également par Monprofit, consiste à sectionner

l'anse jéjunale, à implanter son bout périphérique ou efférent dans l'estomac sur la face postérieure, enfin à aboucher le bout central ou afférent dans la continuité de l'anse efférente. Cette technique qui n'est praticable que lorsque le pylore et la première portion du duodénum présente encore une certaine liberté, tend aujourd'hui à être abandonnée, au profit de celle de von Hacker, ou gastro-entérostomie postérieure trans-mésocôlique qui est l'anastomose de la face postérieure de l'estomac avec la première anse jéjunale, faite en passant à travers le mésocôlon transverse. Ce procédé, aujourd'hui courant, doit, pour être parfait, être à boucle très courte comme le veut Moynihan ou même sans boucle, selon le procédé « no loop » des frères Mayo, l'anse jéjunale étant abouchée à la face postérieure de l'estomac à quelques centimètres seulement de son origine ; la direction de cette boucle jéjunale doit être très oblique de haut en bas et de droite à gauche ; enfin la brèche mésocôlique doit être fixée par quelques points à la ligne d'anastomose pour éviter l'étranglement de la nouvelle boucle par le mésocôlon.

Quand la vésicule biliaire sera perceptible et qu'on la sentira pleine de calculs, il y aura intérêt à pratiquer en même temps que la gastro-entérostomie une cholécystectomie, si les adhérences ne rendent pas l'opération impossible, dans le cas contraire une cholécystotomie. On supprimera ainsi le danger de voir de nouveaux calculs pénétrer dans l'estomac.

Généralement l'anastomose gastro-jéjunale amènera une amélioration sérieuse et cela très rapidement. Cette amélioration sera à la fois mécanique, diminuant la stase et la dilatation gastriques, et fonctionnelle, par cessation des douleurs, des vomissements et des hémorragies. Toutefois le succès n'est pas absolument certain, car même si le malade supporte bien l'intervention, des complications peuvent survenir : parmi celles-ci la plus grave est le « *circulus viciosus* » où le contenu de l'estomac au lieu de se déverser dans le bout efférent reflue vers l'anse afférente et s'y bloque sous tension si le pylore est imperméable, repasse dans l'estomac si le pylore est accessible.

On soutiendra l'état général par les procédés habituels. Si la guérison s'obtient, un régime approprié, à la fois substantiel et léger, permettra de l'espérer définitive.

Il convient toutefois de toujours porter un pronostic réservé. La lecture des observations montrera en effet que la guérison est rare, généralement parce que l'intervention est trop tardive et le malade trop faible pour la supporter.

OBSERVATIONS

Nous rapporterons en premier lieu les trois observations de vomissements de calculs, spontanés ou survenus à l'occasion d'un lavage d'estomac, auxquelles nous avons fait allusion dans notre pathogénie. Puis nous citerons à la suite les cas d'obstruction pylorique par calculs, vérifiés anatomiquement, soit au cours d'une intervention chirurgicale, soit à l'autopsie.

OBSERVATION I

(E.-J. Miles, *Lancet*, 1861, p. 57. In thèse Maugourd
Paris, 1897.)

E. L..., âgée de 56 ans, domestique jusqu'à trente-cinq ans, se maria, eut deux enfants faibles de constitution. Jusqu'à sa maladie actuelle, elle a eu une santé satisfaisante: de temps en temps, elle souffrait [de terribles migraines accompagnées de vomissement bilieux. Il y a environ quatre ans, les règles devinrent irrégulières, se montrent à intervalle de trois ou quatre mois: chaque période était marquée par des vomissements bilieux.

Elle souffrait également du côté du foie. Il y a deux ans, elle fut prise de violentes crampes d'estomac ; la douleur irradiait dans tout le côté droit. Alors son foie augmenta de volume ; la peau devint cachectique, la constipation fut opiniâtre, l'état général s'affaiblit considérablement. Elle eut de fréquents vomissements précédés généralement par une douleur extrêmement vive au creux épigastrique. Les matières vomies atteignaient 3 ou 4 pintes par jour et se composaient d'un liquide brunâtre, à réaction acide, surmonté d'écume et contenant des débris d'aliments à moitié digérés.

La malade s'absenta pendant trois mois ; à son retour, on constata que son foie avait diminué de volume ; les douleurs au creux épigastrique étaient moins violentes, mais les vomissements avaient la même fréquence et présentaient les mêmes caractères physiques.

Huit jours plus tard, elle eut une crise terrible ; après bien des efforts, elle rendit en vomissant une grosse concrétion biliaire, ayant la forme d'une sphère aplatie, dont les diamètres mesuraient de $1\frac{1}{2}$ à 2 centimètres. Elle fut ensuite un peu soulagée, mais ne put se lever pendant une dizaine de jours ; après quoi, elle fut reprise d'un accès semblable au précédent et qui se termina de la même façon par le rejet d'un calcul biliaire.

La santé se rétablit rapidement ; les vomissements disparurent complètement et elle put reprendre ses occupations.

OBSERVATION II

(Grunzach, de Varsovie ; *Wiener medic. Presse*, 1891.

In thèse Maugourd. Paris, 1897.)

M^{re} S... souffrait depuis longtemps de troubles gastriques. On constata à la consultation du Dr Reichmann une dilatation considérable de l'estomac. Sa limite inférieure, à jeun, descendait à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'ombilic ; il contenait des débris alimentaires et l'on voyait des mouvements péristaltiques. On constatait de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperpepsie ; on ne sentait pas de tumeur. Nous avions affaire ici à une dilatation d'estomac causée par un rétrécissement du pylore. Mais la nature de ce rétrécissement demeurait inconnue. On émit l'hypothèse d'un carcinome. Il paraissait bien établi que la malade avait eu il y a plusieurs années des coliques hépatiques qui se sont reproduites à de rares intervalles. Ces anamnestiques ne suffisaient pas à établir le diagnostic étiologique, vu qu'on ne pouvait le rattacher à aucune base solide. Cependant on sait combien il est fréquent de voir coexister avec les maladies de l'estomac des affections du foie ou des voies biliaires, sans que l'on puisse établir entre elles une relation de cause à effet.

Au premier lavage d'estomac, on trouva quatre calculs, ce qui donne la clé de ce rétrécissement pylorique. Les calculs retirés de l'estomac sont de la grosseur d'un pois ; leur surface est jaune (suit l'analyse chimique des calculs).

OBSERVATION III

(Hayem, Société médicale des Hôpitaux, 18 octobre 1895).

Il s'agit d'une femme de 36 ans ; elle était d'une famille de gens bien portants. Toutefois sa mère avait souffert d'une maladie d'estomac et son unique sœur avait eu des crises de coliques hépatiques.

Elle-même fut prise brusquement de crises très douloureuses, présentant tous les caractères de la colique hépatique : vomissements, urines foncées, pas d'ictère ni de fièvre. Elle eut deux autres petits accès en quatre mois.

Le 14 juillet 1893, elle est prise de vomissements abondants, renfermant des parcelles alimentaires à demi digérées. Depuis cette époque, elle se mit à rendre, tous les soirs, une pleine cuvette de matières liquides contenant des débris d'aliments. Le liquide rendu était foncé, verdâtre. La malade évitait de manger, car même lorsqu'elle n'avait ingéré que peu d'aliments, l'estomac se débarrassait de son contenu.

Il s'établit une constipation opiniâtre. L'amaigrissement de la malade fit de rapides progrès. Elle ne ressentit aucun soulagement d'une saison passée à Vichy : les vomissements ne cessent pas : elle s'affaiblit de plus en plus. A ce moment, on constate que l'estomac est dilaté.

Le 24 décembre, état de la malade : amaigrissement très prononcé, affaissement général ; pas de teinte cachectique, pas de dégoût des aliments, la sensation de la faim est assez

développée. Gêne continue au creux épigastrique. Douleurs assez vagues, ressemblant à des coliques au niveau de la région ombilicale.

Estomac énormément dilaté. Vomissements incoercibles quel que soit le mode d'absorption.

Rien d'anormal au palper soit du côté du foie, soit du côté des voies biliaires.

En présence de ces signes, on porte le diagnostic de sténose pylorique d'origine extrinsèque.

Lavages d'estomac répétés à la suite desquels la malade évacue de nombreux calculs biliaires.

Les vomissements disparaissent mais l'estomac reste dilaté.

OBSERVATION IV

(Tirée du *Traité des Maladies du foie*, D^r A. Bonnet 1828)

Un homme, âgé de 60 ans et qui n'avait jamais eu de maladies graves, éprouve des étouffements accompagnés de toux et dont l'intensité alla toujours en augmentant, ce qui ne l'empêcha pas de continuer à se livrer à un travail pénible. Il commença à vomir le 24 janvier 1827 ; un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissements se renouvelèrent souvent. Le malade dépérit rapidement. Il mourut après avoir constamment vomi sans que la constipation eût cessé et après avoir présenté les symptômes de gastro-entérite. Le ventre était en outre plat en bas et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie on trouva les marques

d'une violente gastro-entérite et de plus un gros calcul biliaire, ayant 1 pouce 3 lignes de hauteur et 1 pouce 2 lignes de largeur ; ce calcul engagé dans le pylore l'oblitérait entièrement. La vésicule biliaire était squirrheuse : le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siège d'une suppuration chronique.

OBSERVATION V

(Rapportée par Hale White à la Société pathologique de Londres. en 1886 ; in Thèse Maugourd, Paris, 1897)

Martha G..., fut admise à l'hôpital par le Dr Pavy en novembre 1884, pour une faiblesse considérable et des vomissements incoercibles ; elle était très anémique et très amaigrie. Par le palper on ne pouvait rien sentir dans l'abdomen : les mouvements de l'estomac étaient très visibles ; on en pratiquait souvent le lavage, mais aucun traitement ne la soulageait. La faiblesse alla en augmentant, car elle ne pouvait conserver aucun aliment dans son estomac et elle mourut dans la cachexie et le marasme.

Je fis l'autopsie et ce qui suit est un extrait du compte rendu. Extérieurement le corps présente un amaigrissement extraordinaire.

Le larynx, la trachée et les grosses bronches sont remplis d'un liquide malpropre, noirâtre ou plutôt verdâtre, composé moitié de matières vomies, moitié de produits d'expectoration. Il y avait de la congestion pulmonaire aux deux bases.

Le pylore était très épaissi, dur et fibreux ; son calibre était considérablement diminué et le tissu de néoformation

qui était la cause de cet état présentait une résistance particulière.

La vésicule biliaire qui était très épaisse et contenait quelques calculs était adhérente aux parois du pylore par son extrémité antérieure. Le canal hépatique, le canal cystique et le cholédoque avaient conservé leur disposition normale.

En ouvrant l'estomac et le pylore, on voit une ouverture située à environ un demi-pouce au-dessus du pylore. Par cet orifice s'écoulait un peu de liquide jaunâtre, lorsqu'on exerçait une pression suffisante. Cette ouverture qui admettait facilement un stylet ordinaire conduisait dans un trajet d'un pouce de long environ, remontant en haut et à gauche, dans l'épaisseur des parois pyloriques plus près du bord supérieur. Le stylet arrivait dans la vésicule biliaire. En outre, dans un point directement opposé aux adhérences de la vésicule, à la partie inférieure de l'anneau pylorique, dans l'épaisseur des parois existait une petite cavité qui contenait un calcul biliaire de la grosseur d'un pois et quelques autres concrétions, trop grosses pour qu'on puisse les appeler sable biliaire, trop petites pour leur donner le nom de calcul. Les facettes latérales étaient bien apparentes.

Il n'y avait pas de communication entre cette cavité et la vésicule biliaire. Cependant sur la surface interne de celle-ci, et particulièrement au niveau du fond, on pouvait voir d'anciennes cicatrices. Probablement il y avait eu autrefois communication entre la cavité de la vésicule et celle du pylore.

OBSERVATION VI

(Rapportée par Bouveret, dans la *Revue de Médecine*)

(10 janvier 1896)

C. J..., âgé de 46 ans, n'a jamais eu de maladies graves jusqu'à 55 ans. Il est pris alors de crises gastriques extrêmement douloureuses qui cessent après l'expulsion d'un énorme calcul biliaire par l'anus.

Actuellement, le malade se plaint de troubles gastriques qui remontent à un an. Le 9 juin 1892, il absorbe une quantité de cerises ; cet excès est suivi d'une indigestion au cours de laquelle, il vomit un grand nombre de noyaux ; c'est de cet incident que date le mauvais fonctionnement de l'estomac.

Le 20 mars 1893, le malade vient à la consultation ; il est considérablement amaigri ; l'estomac est très dilaté, il descend au-dessous de l'ombilic ; on le sent se contracter sous la main. L'examen du suc gastrique montre une hypersécrétion acide... Le traitement médical suivi régulièrement pendant quatre mois n'amène aucun résultat.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour subir une intervention chirurgicale. Il est opéré par M. Poncet le 22 juillet 1893.

Incision sur la ligne médiane. Le péritoine ouvert, le doigt arrive difficilement jusque sur le pylore très adhérent et profondément caché sous le foie. Pour avoir plus de jour, on fait une incision perpendiculaire à la première et se dirigeant vers l'hypochondre droit.

Par ce moyen, le pylore devient beaucoup plus accessible. Il est fixé par des adhérences difficiles à détacher et particulièrement au niveau de la vésicule qui lui adhère intimement. En ce point, le doigt sent une tumeur très dure, du volume d'un œuf de pigeon et qui paraît être un cancer du pylore.

Pour compléter son opération, le chirurgien se décide cependant à ouvrir l'estomac ; par cette ouverture il introduit un doigt et explore l'anneau pylorique ; il est très rétréci et il semble bien qu'il soit occupé par une tumeur solide et très dure.

Après quelques instants d'hésitation, on reconnaît que cette tumeur n'est autre qu'un gros calcul biliaire engagé à travers une fistule faisant communiquer la vésicule avec le pylore. Ce calcul est enchatonné, assez solidement fixé dans une poche à parois fibreuses ; on réussit cependant à le mobiliser et à l'extraire avec des pinces. Il a le volume d'une noix.

Le calcul enlevé, on s'assure que le pylore est devenu perméable. L'opération est achevée par la suture à plusieurs plans de la plaie stomacale et par la réunion de l'incision abdominale.

Le soir du jour de l'opération et le lendemain, l'état de l'opéré est satisfaisant ; le troisième jour il est très affaibli, il a le pouls à 140 ; ses extrémités sont glacées ; il meurt avec les signes d'une hémorragie interne.

Autopsie : pratiquée trente-six heures après la mort.

L'estomac très dilaté occupe tout l'hypochondre gauche, empiète notablement sur le droit et dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. La grande courbure refoule le colon transverse en bas. Autour de la plaie stomacale on peut voir des traces de péritonite récente ; des adhérences anciennes

réunissent encore la vésicule biliaire, le côlon transverse et la région pylorique de l'estomac. La cavité gastrique ouverte, on y trouve un énorme caillot qui se prolonge du côté de l'anneau pylorique et du sang non coagulé, noir dont la quantité peut être évaluée à un litre environ. On remarque une hypertrophie très sensible de la tunique musculaire stomacale, principalement au niveau de la région pylorique.

L'incision de la face antérieure du pylore met à découvert la loge dans laquelle était enfermé le calcul qui avait été retiré pendant l'intervention.

Cette loge est creusée dans l'épaisseur même des parois du pylore. Un orifice qui admet facilement l'extrémité du doigt fait communiquer cette cavité avec la vésicule biliaire.

En remplissant d'eau la cavité occupée par le calcul, on aperçoit les deux bouts d'une artériole sectionnée qui fut sans doute le point de départ de l'hémorragie. Il est probable que celle-ci fut causée par l'extraction du calcul : la surface de ce dernier n'était pas lisse. Il est fort possible que dans les efforts que l'on fit pour arriver à saisir le calcul avec des pinces, les rugosités de la surface aient déchiré une artériole qui se trouvait d'avance mise à nu et dont les parois étaient devenues friables par suite de l'irritation causée par la présence du corps étranger.

La vésicule biliaire très rétractée, entourée de néo-membranes contient encore quelques petits calculs.

OBSERVATION VII

(Maugourd, *in* thèse, Paris, 7 juillet 1897)

La femme Marie D..., âgée de 58 ans, ménagère, entre dans le service de M. le professeur Monprofit, à l'Hôtel Dieu d'Angers, le 2 décembre 1895.

Dans les antécédents héréditaires de la malade, rien de particulier à signaler : le père était rhumatisant, la mère est morte très âgée..

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans ; convalescence de trois à quatre mois. Premières règles à 15 ans. Ménopause à 45 ans. Mariage à 29 ans : 4 enfants. Santé en général parfaite.

Dans sa 45^e année, la malade est prise subitement de douleurs extrêmement vives au creux épigastrique et dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans la région de l'épaule droite. Ces crises se renouvellent presque tous les jours pendant environ trois ans. Les vomissements sont rares ; ils n'ont lieu que lorsque la douleur présente une acuité extraordinaire. Ils sont alimentaires et glaireux, rarement biliaires, et ne contiennent jamais de sang. La malade affirme n'avoir pas présenté à cette époque la moindre trace d'ictère ; elle ne peut rendre compte exactement du traitement ni du régime qui lui furent alors ordonnés.

Les crises deviennent de plus en plus éloignées et disparaissent complètement pendant quelques années. Mais l'état général se ressent de cette première atteinte : la malade qui,

selon son expression, était auparavant presque obèse, s'amaigrit beaucoup ; les digestions sont pénibles, la fatigue survient après le moindre effort.

Vers le milieu de l'année 1888, les douleurs violentes repaissent dans l'hypochondre droit et durent trois mois et demi à quatre mois. Pendant tout ce temps, l'ictère est très manifeste ; les selles sont décolorées. La teinte ictérique persiste environ un mois après la cessation des phénomènes douloureux. Absence de vomissements.

En janvier 1895, la malade est prise d'une diarrhée intense, abondante, persistant pendant plus d'un mois malgré une médication énergique. C'est à la suite de cette diarrhée que les vomissements apparaissent : ils ont lieu après chaque repas, survenant quelques instants ou quelques heures après l'ingestion des aliments. Ils sont accompagnés d'une douleur vive, localisée au creux épigastrique et ne s'irradient plus dans tout le côté droit, comme cela avait lieu lors des premières crises. La malade n'a de répulsion marquée pour aucun aliment d'une façon particulière ; la sensation de la faim est même vive ; la viande, les graisses, le lait, les légumes, tout lui ferait plaisir, mais rien n'est supporté par son estomac. Il ne se passe pas de jour qu'elle ne rejette la plus grande partie des aliments ingérés. Aussi s'amaigrit-elle très rapidement ; les forces l'abandonnent complètement, elle ne peut se livrer à aucune occupation, pas même vaquer aux soins de son ménage.

C'est dans cet état qu'elle arrive à l'hôpital. Elle est essoufflée ; le moindre effort d'inspiration ou de toux réveille sa douleur épigastrique ; le plus petit mouvement lui est pénible. La peau présente une teinte jaune paille, elle est

flasque, sèche, ridée ; elle se colle aux os. Les yeux sont rentrés dans les orbites : les conjonctives ont leur coloration normale. Les masses musculaires des membres sont complètement atrophiées. La constipation est opiniâtre, les selles, presque nulles, ont leur coloration normale. Le poulx est petit et fréquent. Le foie n'est pas douloureux à la palpation ; il déborde à peine les fausses côtes. Il n'existe nulle part d'adénopathie appréciable.

Le palper de l'abdomen ne réveille de douleur qu'au creux épigastrique. Là, on a la sensation nette d'une tumeur dure, lisse, dont on suit facilement le bord gauche, lequel arrive à peu près à deux centimètres à gauche de la ligne médiane. Du côté droit on ne peut pas délimiter la tuméfaction. L'exploration est très douloureuse et arrache des plaintes à la malade.

En présence de ces divers symptômes, on pense à un cancer de la région pylorique ou à un rétrécissement de cause indéterminée. Sur les instances de la malade et malgré la cachexie profonde à laquelle elle est arrivée, on se décide à pratiquer la laparatomie exploratrice. La veille de l'opération et le matin même, on fait le lavage de l'estomac. Le liquide qui revient est d'un gris sale ; il contient des débris alimentaires de toute sorte et on y voit des pépins de raisin, bien que depuis longtemps, la malade n'eût ingéré de ces fruits,

Laparatomie. — Le 6 décembre 1895, la laparatomie est pratiquée, sous le chloroforme, après les précautions d'usage.

Une incision d'environ 10 centimètres est faite sur la ligne médiane à partir de l'appendice xyphoïde. A l'ouver-

ture du péritoine, l'estomac apparaît aussitôt ; il est énormément dilaté, on ne peut en atteindre le bord inférieur. Le doigt va un peu à droite à la recherche du pylore ; mais il est impossible d'amener ce dernier au dehors, car il adhère solidement à la face inférieure du foie. La vésicule biliaire est introuvable ; elle est engloutie avec le pylore et l'extrémité du duodénum dans un tissu induré, formant une masse considérable qui justifie bien la sensation de tumeur ci-dessus décrite.

Il semble impossible de pouvoir libérer le pylore au milieu de ces adhérences et l'intervention est abandonnée. La paroi abdominale est suturée et la plaie pansée aseptiquement.

La malade continue à faiblir après l'opération, ne pouvant conserver aucun aliment ; elle s'éteint sans élévation de la température, au bout de quarante-huit heures.

Nécropsie. — L'abdomen est ouvert. L'estomac apparaît énormément dilaté. Il occupe presque seul la totalité de la partie gauche de la cavité abdominale, les anses de l'intestin grêle sont repoussées vers la droite. La grande courbure descend à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne ; sa cavité peut contenir environ quatre litres de liquide. La face antérieure de la grosse tubérosité est adhérente, mais très légèrement à la face inférieure du lobe gauche du foie. Le bord supérieur de la petite courbure au voisinage du pylore, le pylore lui-même et la première partie du duodénum sont absolument soudés à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire. Ces adhérences sont épaisses, fibreuses, extrêmement résistantes ; il est très difficile de disséquer les différents organes pour se rendre

compte de leurs rapports. Après un examen attentif, nous arrivons cependant à reconnaître que le fond de la vésicule biliaire est adhérent à la partie supérieure du pylore et à l'extrémité droite de la petite courbure de l'estomac.

Les parois de cette vésicule sont très épaissies. Dans sa cavité, dans la partie qui représente le fond adhérent à la région pylorique, nous trouvons un calcul biliaire, de forme prismatique, à surface lisse et derrière ce calcul qui en obstruait l'orifice, un conduit fistuleux, se dirigeant à gauche vers la cavité de l'estomac. Une sonde cannelée, introduite dans ce trajet long environ de 2 centimètres arrive jusqu'à la cavité stomacale dont elle n'est séparée que par une fine pellicule excessivement mince. Du côté de la cavité de l'estomac, on voit à ce niveau une cicatrice déprimée, triangulaire, au fond de laquelle aboutit le trajet fistuleux en question. Il existe un deuxième conduit fistuleux, partant du fond de la vésicule, se dirigeant directement de haut en bas, dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'anneau pylorique et venant aboutir dans la cavité du pylore.

Lorsque nous prenons entre les doigts le pylore à peu près libéré de ses adhérences, nous percevons à travers ses parois, une induration très limitée, dure et arrondie, sur la nature de laquelle nous sommes assez embarrassés pour nous prononcer. Nous introduisons par le cardia dans l'estomac une certaine quantité d'eau et nous constatons que le liquide ne s'écoule par le pylore que goutte à goutte. Même en exerçant des pressions assez fortes sur la poche stomacale nous n'arrivons pas à produire un écoulement beaucoup plus rapide. Il y a donc un obstacle évident et très prononcé à l'écoulement des liquides de l'estomac vers le duodénum.

Nous ouvrons l'estomac sur sa face antérieure et nous le trouvons rempli de débris de toutes sortes : petits os, fragments de cartilage, noyaux de cerises, pépins de raisin etc. et un noyau de prune long de trois centimètres et demi. Nous nous disposons alors à fendre le pylore afin de nous rendre compte de la nature et du siège de l'obstruction. A notre grand étonnement, nous sentons l'extrémité des ciseaux butter contre un corps dur, donnant la sensation du contact d'un os dénudé ou d'une pierre rugueuse. Nous arrivons avec quelque difficulté à glisser l'une des branches des ciseaux entre l'obstacle et la paroi pylorique et nous fendons longitudinalement le pylore. Nous trouvons alors enchassé en quelque sorte dans l'anneau pylorique un corps sphérique, de plus d'un centimètre de diamètre, de couleur brune avec reflets verdâtres, à surface dépolie et d'aspect muriforme.

Nous reconnaissons un calcul biliaire fixé là dans une logette circulaire, sorte de rainure creusée dans la paroi pylorique même et rendue plus profonde par un bourrelet de la muqueuse qui s'élevait d'une part entre le calcul et le duodénum, d'autre part entre le calcul et l'estomac. Le calcul présente une certaine mobilité dans sa logette. A la partie supérieure et antérieure de l'orifice pylorique, la rainure est à peine marquée et la paroi semble seulement appliquée à la surface du corps étranger sans l'embrasser aussi étroitement qu'en arrière et en bas. Les liquides ne peuvent donc passer de l'estomac vers le duodénum qu'au tour du calcul et surtout en avant. La gêne dans la circulation des matières alimentaires de l'estomac vers l'intestin grêle nous paraît bien manifestement tenir à la présence du cal-

cul retenu en place par le boursofflement de la muqueuse en amont et en aval.

OBSERVATION VIII

(D^r Le Bec, chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph
et Muller, interne)

(Société anatomique de Paris, 23 janvier 1903)

Il s'agit d'une malade, sœur G..., âgée de 51 ans, entrée à l'hôpital le 1^{er} décembre 1902, pour des troubles gastriques dont le début paraît remonter à quatre ans environ.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A 30 ans, fièvre muqueuse légère, n'ayant laissé aucune trace.

A 31 ans, ictère dont la malade se souvient à peine, car ce n'est qu'après l'opération qu'elle nous a dit avoir eu cette affection, lorsque nous l'interrogeons spécialement à ce sujet.

N'a jamais eu d'autre maladie.

Début de l'affection. — En 1898 a commencé à ressentir des tiraillements et des brûlures dans l'estomac, survenant sans cause environ une heure après les repas et s'accompagnant de renvois acides. A ce moment, pas de vomissements.

Ceux-ci sont apparus environ deux ans et demi après le début des accidents; alimentaires et surtout bilieux, ils apparaissaient un temps plus ou moins long après l'ingestion des aliments, souvent au milieu de la nuit et ne cessaient que lorsque l'estomac était complètement vide. Elle a été

soignée par plusieurs médecins pour de la gastrite chronique, mais sans résultat et elle est entrée à l'hôpital Saint-Joseph.

Etat actuel. — Appétit un peu conservé, mais impossible à satisfaire, car, aussitôt après l'ingestion d'un aliment, surviennent des douleurs stomacales intenses donnant lieu à une sensation de brûlure, de tiraillement et de torsion.

Intolérance gastrique absolue et vomissements continuels aussitôt le repas. Les matières vomies sont acides et donnent en passant à la gorge, lieu une à sensation d'aigreur. Elles sont composées de débris alimentaires qui n'ont subi aucun commencement de digestion.

La malade dit entendre dans son estomac un bruit de glou-glou ; outre les matières alimentaires, les vomissements renferment des glaires et de l'eau.

Se plaint de ressentir au niveau de l'hypochondre droit des douleurs provoquées, semble-t-il, par des boules qui se déplacent, mais ces douleurs ne sont pas très violentes et n'ont jamais eu lieu par crises.

Palpation. — On sent une résistance vague sous le foie l'examen provoque peu de douleur.

Percussion. — Zone de sonorité épigastrique très étendue : en bas descend jusqu'à l'ombilic ; à droite, va au delà de la ligne médiane et à gauche, jusqu'à la ligne verticale tirée par le sommet du creux axillaire.

Auscultation. — Bruit de glou-glou très net.

On pose le diagnostic de sténose pylorique d'origine inconnue avec dilatation d'estomac.

Les autres appareils sont sains.

La malade est dans un grand état de faiblesse et de maigreur.

Elle n'est plus réglée depuis un an environ, époque à laquelle les phénomènes stomacaux ont paru s'exagérer

Elle est mise en observation pendant quinze jours et devant l'impuissance du traitement médical, on se propose de faire une gastro-entérostomie, pour remédier à la sténose du pylore.

Opération. — Le 22 décembre, on fait d'abord la laparatomie médiane. On tombe sur l'estomac qui est très dilaté, mais ne présente aucune lésion anatomique.

Le foie a des adhérences nombreuses avec le pylore et l'épiploon.

A sa face inférieure, au niveau de l'encoche formée ordinairement par la vésicule, on trouve une masse adhérente à lui et au duodénum, de la grosseur d'une petite mandarine; elle est très dure et l'on reconnaît que c'est la vésicule biliaire remplie de calculs; on la sépare des parties environnantes : elle est atrophiée, présente un aspect fibreux et paraît s'être rétractée.

On l'incise à l'extrémité et au fond on trouve un calcul d'une forme irrégulièrement cubique, du volume d'une grosse noisette. Outre, celui-ci, il y en a cinq autres, un peu plus gros qu'une lentille et de forme irrégulière. La vésicule ne renferme pas de bile et il est certain que la circulation biliaire ne s'y fait plus.

Après extraction des calculs, on suture, la cholécystectomie ayant été jugée trop difficile et trop longue.

On recherche ensuite le pylore que l'on libère de ses adhérences : et on constate qu'il présente une induration et

une épaisseur considérables sur la nature desquelles on ne peut se prononcer, ayant environ quatre centimètres de diamètre et une forme cylindrique empiétant sur une partie du duodénum.

Celui-ci et le pancréas sont examinés et paraissent sains.

On sectionne ensuite le duodénum d'une part à la limite de ce qui paraît normal et on sépare aussi d'autre part par une section le pylore de l'estomac ; on obtient ainsi une bouche stomacale. Au moyen d'une aiguille on fait passer un fil de soie au travers de la paroi stomacale de dehors en dedans.

L'un des chefs est alors situé au dehors de l'estomac ; l'autre en dedans. Ce dernier est passé dans le duodénum puis ensuite repassé à travers l'estomac de dedans en dehors en un point très proche du premier et ramené près de lui, de façon à ce que le duodénum soit entraîné par l'anse formée par ce fil dans la cavité stomacale.

En tirant ensuite sur les deux chefs, et ouvrant la bouche formée par la section du pylore, on introduit le duodénum dans l'estomac de façon à le faire pour ainsi dire avaler par celui-ci.

Après avoir rétréci l'orifice stomacal, de telle sorte qu'il ait à peu près le même calibre que l'orifice duodénal, estomac et duodénum sont fixés l'un à l'autre par un double surjet séro-séreux.

Examen de la pièce. — La partie réséquée a environ 4 centimètres de long ; elle est formée par le pylore et la portion initiale du duodénum. Le pylore très épaissi n'est pas cancéreux. Son orifice qui paraît avoir subi une dégé-

nérescence fibreuse est très rétréci et n'admet plus que le passage d'un tuyau de plume d'oie.

Vu du côté de l'estomac, il nous présente un calcul, et l'on en sent d'autres dans la paroi. On aperçoit ensuite sur sa face externe et antérieure un petit orifice, par lequel a sans doute pénétré le ou les calculs, car il est continué par un trajet fistuleux aboutissant au point où se trouve le calcul vu par l'estomac; au-dessus on en aperçoit un autre paraissant aboutir à un cul-de-sac où se trouve un autre calcul que l'on sent à travers la paroi pylorique.

Vraisemblablement, à la suite de péricystite, il s'est formé des adhérences entre la vésicule et le pylore, puis une perforation de la vésicule, suivie de migration des calculs. Ce sont ceux-ci qui ont par une irritation des tissus, déterminé un épaississement inflammatoire des tissus pyloriques et, par suite, de la sténose.

On ne constate au niveau de l'orifice aucune trace d'ulcère ancien ou récent à qui on puisse l'attribuer.

Par suite du mauvais état général de la malade, l'opération n'a pas été couronnée de succès, car l'opérée est morte d'épuisement environ trente heures après l'intervention.

OBSERVATION IX (personnelle)

(Communication de M. le Dr Mirallié, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 2 mai 1924.)

Mlle P..., âgée de 57 ans, est entrée à l'hospice général de Nantes, le 9 août 1921, pour des crises d'épilepsie.

Cette malade avait eu récemment deux crises d'épilepsie : perte de conscience brusque, sans aura, avec écume à la bouche et morsure de la langue. Ces deux crises auraient été assez longues et auraient duré environ trois quarts d'heure à une heure.

Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu, pour affection cardiaque : palpitations et sensation d'étouffement, surtout après les repas. Elle eut dans ce service deux nouvelles crises d'épilepsie à quinze jours d'intervalle ; la seconde fut marquée par une perte de conscience très prolongée (de 12 à 14 heures). Ce fut alors qu'on la dirigea sur le service des épileptiques.

Une crise comitiale type fut observée dans le service dans les jours qui suivirent son entrée et la malade fut soumise au régime achloruré et au traitement bromuré. Les crises ne se reproduisirent plus.

En juillet 1922, la malade éprouve après les repas une sensation de pesanteur avec nausées. L'appétit est conservé, la malade a même le désir de manger ; puis aussitôt après les repas, apparaît une lourdeur au creux épigastrique suivie de régurgitations très abondantes, très acides, brûlant l'oesophage et le pharynx, agaçant les dents, très pénibles.

Aussi, la malade réduit-elle au maximum les aliments et on a beaucoup de difficultés à la faire consentir à s'alimenter.

La malade affirme n'avoir jamais souffert de l'estomac, ni du tube digestif, et attribue son état aux excès de vinaigre dont elle arrosait tous ses aliments.

Bientôt apparaissent des douleurs violentes au creux épigastrique, sensation de brûlure, de torsion, extrêmement pénibles.

Le traitement alcalin associé au régime amène une atténuation marquée de la douleur.

En octobre, les phénomènes douloureux tardifs réapparaissent plus aigus que jamais. Bientôt se montrent des vomissements alimentaires, souvent teintés de bile.

L'examen de l'estomac permet de constater une douleur très vive au point solaire. Pas de tumeur perceptible, pas d'induration. Malgré la netteté du syndrome pylorique, on ne perçoit aucune contraction péristaltique, pas de contraction en masse de l'estomac. Pas de bruit de clapotage le matin à jeun.

La langue est humide, rosée.

Les urines sont rares et ne dépassent pas 500 centimètres cubes par jour.

La malade réduit de plus en plus son alimentation. Le traitement institué n'amène aucun soulagement.

Le 13 novembre, la malade est examinée aux rayons X.

L'estomac n'est pas dilaté : pas de signe de tumeur, ni d'ulcère. Les contractions péristaltiques sont nettes et énergiques : le bismuth semble s'arrêter au niveau du pylore et filtre par petites éjaculations dans le duodénum.

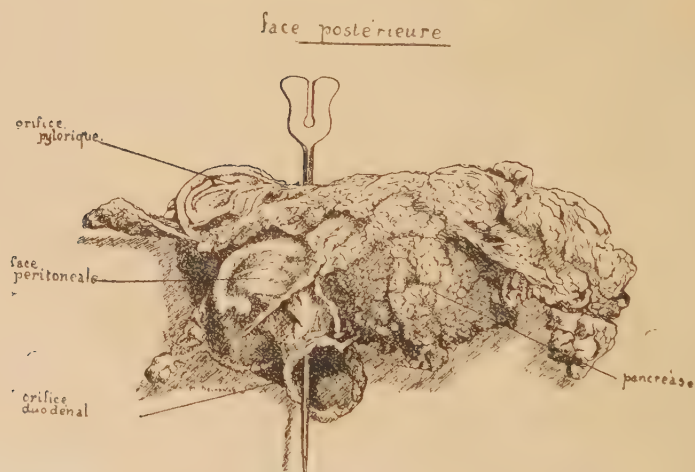
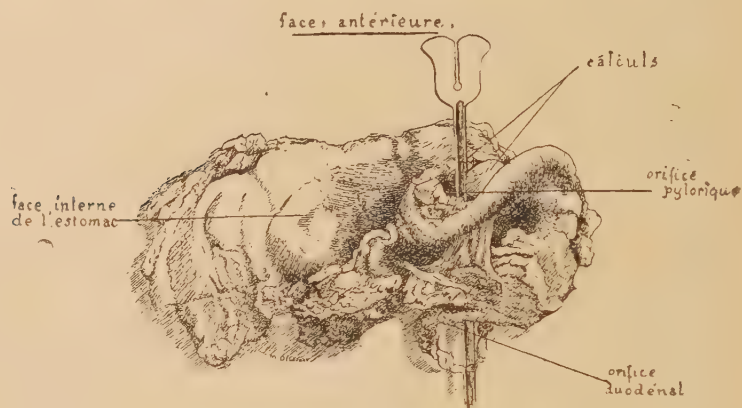
La cause de cette sténose pylorique semble donc très obscure. L'âge de la malade, le fait qu'elle a été opérée en 1918 d'une tumeur du sein, nous inclinent à penser qu'il s'agit d'un néoplasme du pylore au début.

Nous nous proposons de refaire dans quelques jours un nouvel examen radioscopique quand la malade succomba brusquement le 17 novembre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac non dilaté. Ses dimensions semblent même plutôt

réduites. On cherche à attirer le pylore, au niveau duquel on sent une masse dure.

Avec quelques difficultés, on l'attire au jour et on le



trouve intimement adhérent à la vésicule biliaire dont il est impossible de le séparer. On sent dans la vésicule un gros calcul.

Après section du cardia et du duodénum, les adhérences qui englobent le pylore et la vésicule avec les organes voi-

sins étant libérées, la pièce entière est retirée de l'abdomen,

Par le cardia, on emplit d'eau la poche gastrique. Le liquide ne franchit le pylore que sous forme d'un petit filet et par instants même goutte à goutte.

L'estomac est alors largement ouvert jusqu'au niveau du pylore. Celui-ci est à peu près totalement obstrué par un gros calcul cubique de dix à douze millimètres de côté, figé par un angle dans l'orifice; autour de lui sont trois petits calculs, aplatis, de un demi centimètre de long sur trois à quatre millimètres de largeur et deux millimètres au maximum d'épaisseur.

Les parois de la vésicule biliaire, très épaissies, s'appliquent étroitement sur un gros calcul ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon. Il n'y a pas de liquide dans la vésicule.

En examinant la paroi de la vésicule qui adhère au pylore, on remarque une partie déprimée, où la muqueuse semble manquer. Cette ulcération, ancienne cicatrice, mesure environ cinq millimètres de diamètre. Elle est assez régulièrement circulaire. Un stylet, introduit à cet endroit pénètre dans un orifice qui communique avec le pylore et par lequel sont évidemment passés les calculs qui y sont restés enclavés.

En résumé, chez une femme de 57 ans, sans passé gastrique, sans symptômes, connus du moins, de lithiase biliaire ancienne, une cholécystite calculeuse, avec péricholécystite, s'est compliquée de fistule cholécystopylorique et de sténose à peu près complète du pylore par enclavement d'un calcul biliaire.

Notons pour terminer que la paroi vésiculaire s'applique exactement sur un calcul ovoïde, lisse, régulier, sur lequel

elle est comme accolée. En dehors de ce calcul, la vésicule ne contient ni bile, ni pus, ni liquide. Il y a donc eu un processus irritatif, plus qu'infectieux.

OBSERVATION X (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Gaudin
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes.)

L. H., âgé de 36 ans, exerçant la profession de marin, nous est adressé pour troubles gastriques avec vomissements et phénomènes de sténose pylorique.

L'histoire de la maladie remonte à environ sept ans. Au début, le malade nous dit avoir souffert de crises douloureuses très violentes qui occupaient l'hypochondre droit et s'irradiaient vers l'épigastre et dans le côté du thorax, jusqu'au voisinage de l'épaule. Ces crises, très pénibles, ont à plusieurs reprises obligé le malade à cesser son travail et même à s'aliter. Le malade n'a jamais présenté d'ictère ni au moment des douleurs, ni dans leurs intervalles. Selon toute vraisemblance, il s'agit là de coliques hépatiques.

Depuis un an environ, des troubles digestifs sont apparus, sous forme de digestions pénibles, de douleurs d'estomac, donnant une sensation de brûlures, s'accompagnant de régurgitations acides survenant plus ou moins longtemps après les repas, et parfois suivies de vomissements. Depuis cette date, le malade a beaucoup maigri.

Depuis deux mois, son alimentation a été réduite à du lait et à des bouillies. Mais, malgré ce régime essentiellement réduit, les vomissements ont augmenté de fréquence. Ils se

produisent deux à trois heures après les repas et sont composés des ingesta et de mucus en grande abondance; ils sont parfois teintés de bile. Il n'y a jamais eu d'hématémèse et le malade n'a pas constaté la présence de sang dans ses selles.

La palpation de l'abdomen révèle une douleur vague dans toute la région épigastrique avec un maximum très net au niveau du pylore et de la vésicule biliaire.

L'examen radioscopique est pratiqué. Il montre une stase gastrique prononcée et une sténose pylorique incomplète, car on voit la bouillie radioscopique passer dans le duodénum, mais indéniable cependant.

L'estomac réagit peu et les contractions péristaltiques sont faibles.

On porte alors le diagnostic d'ulcère pylorique avec sténose et une intervention est proposée au malade. Elle a lieu quelques jours plus tard.

Opération. — La laparatomie médiane nous met en présence d'un estomac de dimensions normales et sain d'apparence. Par contre la région vésiculaire est le siège d'un foyer étendu de péricholécystite. La vésicule rétractée, dure et épaissie est adhérente à tous les organes environnants. Elle est intimement fusionnée avec la face antérieure de la région pyloro-duodénale. Le côlon transverse est attiré vers le foyer inflammatoire et est lui aussi étroitement soudé à la fois au pylore et à la vésicule.

Nous pratiquons avec beaucoup de difficultés le décollement vésiculaire par voie rétrograde, qui nous permet de constater une double communication de la vésicule avec le canal pyloro-duodénal d'une part, avec le côlon transverse d'autre part. Chaque orifice de communication est obstrué

par un énorme calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Ces calculs sont extraits à l'aide d'une pince. Les deux orifices fistuleux sont fermés par une suture en deux plans au fil de lin. La vésicule, dans laquelle on sent d'autres calculs est enlevée.

L'intervention est terminée par une gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique.

Les suites opératoires sont satisfaisantes pendant quarante-huit heures. Le malade absorbe un peu de lait.

Malheureusement, le troisième jour, la température monte à 40 degrés, le pouls à 130. Le malade a des accès de toux, il est cyanosé, la respiration est pénible.

L'auscultation décèle une pluie de râles fins dans la totalité des deux poumons. Il s'agit d'une broncho-pneumonie, due sans doute à l'éther employé comme anesthésique.

Cependant le ventre est souple ; il n'y a pas de vomissements.

Le quatrième jour, les phénomènes pulmonaires s'aggravent et le malade succombe.

CONCLUSIONS

1° La sténose pylorique par calculs biliaires est une affection rare, grave et dont le diagnostic est fort difficile. D'après les observations recueillies, il semble qu'elle se voit plus fréquemment chez la femme.

2° En dehors de l'élément purement mécanique qui relève de la présence même du ou des calculs, il faut également faire intervenir un élément spasmodique qui joue un rôle aussi important dans la production de la sténose ;

3° Les adhérences que le pylore contracte avec la vésicule biliaire favorisent la production des fistules cholécystogastriques qui sont à l'origine de l'affection. Le plus souvent la vésicule est la première en cause dans l'apparition de cette réaction inflammatoire ;

4° La marche de la maladie est généralement lente. Non traitée, elle aboutit à peu près fatalement à la mort ;

5° Le traitement médical réussira exceptionnellement à guérir cette affection. C'est d'une intervention chirurgicale pratiquée rapidement que dépendra le plus souvent le succès.

Vu, le Président de la thèse
LABBÉ

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Alex.* — Sténoses du pylore d'origine biliaire. Thèse de Lyon, 1896.
- Bonnet.* — Traité des maladies du foie. Paris, 1841.
- Bouveret.* — Sténose du pylore adhérent à la vésicule calculeuse (Revue de médecine, janvier 1896).
- Cottenot.* — Examen radioscopique de la vésicule biliaire (in Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, t. XXXII : Radiologie et Radiumthérapie, p. 213).
- Coyon.* — Sténoses du pylore (Gazette des Hôpitaux, 1898, n° 100).
- Craveilhier.* — Anatomie pathologique, t. II.
- Doyen.* — Traitement chirurgical des maladies de l'estomac. Paris, 1894.
- Dufour.* — Contribution à l'étude des sténoses pyloriques d'origine biliaire. Thèse de Paris, février 1903.
- Fauconneau-Dufresne.* — La maladie calculeuse du foie. Paris, 1851.
- Galliard.* — Maladies de l'intestin : occlusion de l'intestin par calculs biliaires (Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert).
- Obstruction pylorique par calculs biliaires (Presse médicale, 1895, p. 377).
 - Des vomissements de calculs biliaires (Médecine Moderne, 1895, p. 429).
 - Vomiques biliaires d'origine lithiasique (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 7 mai 1915).
- Hayem.* — Evacuation de calculs biliaires par voie stomacale (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 18 oct. 1895).
- Le Bec* (et Muller). — Infiltration des calculs biliaires dans le pylore. Sténose pylorique. Pylorectomie. (Société anatomique de Paris, janvier 1903, p. 72).
- Le Roy.* — De la progression des gros calculs biliaires et de

leur expulsion dans le tube digestif, par les voies normales et anormales. Thèse de Paris, juillet 1902.

Marchais. — Rétrécissement du pylore d'origine biliaire. Thèse de Paris, janvier 1898.

Maugourd. — Obstruction du pylore par calculs biliaires. Thèse de Paris, juillet 1897.

Monprofit. — Obstruction du pylore par un calcul biliaire (Société anatomique, 1897, p. 488).

Soupault et Salignat. — Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques (Bulletin médical, 11 mai 1904, p. 431).

Suter (de Zurich). — Traitement radical des perforations aiguës de l'estomac, spécialement du carcinome et coexistence de lithiase vésiculaire (Journal de chirurgie, 22 février 1923).

Tuffier. — Rétrécissement du pylore d'origine hépatique (Revue de chirurgie, 10 février 1897).

